

2. Дьяченко Е.В. Психозэмоциональное благополучие детей в трудной жизненной ситуации в контексте медико-профилактической работы в условиях межведомственного взаимодействия / Дьяченко Е.В., Уфимцева М.А., Москвина Е.В., Самойленко Н.В., Николаева К.И. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017. - Т. 17. - № 1. - С. 65-72.

3. Кубанова А.А. Основные задачи развития дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации на период до 2024 года. Результаты деятельности медицинских организаций по оказанию дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в 2017 году / А.А. Кубанова, Л.Е. Мелехина, А.А. Кубанов // Вестник дерматологии и венерологии. -2018. - №5. - С. 9-25.

4. Ковалев В.В. Оценка репродуктивного здоровья девочек-сирот / Ковалев В.В., Лаврентьева И.В., Николаева К.И., Уфимцева М.А., Исламиди Д.К. // Уральский медицинский журнал. - 2017. - № 11 (155). - С. 16-19.

5. Малярчук А.П. Заболеваемость чесоткой и другими дерматозами в детском социально значимом коллективе / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Ю.В. Лопатина и др. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2011. – № 4. – С. 27-32.

6. Николаева К.И. Организация первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях детских социальных учреждений / Николаева К.И. Уфимцева М.А., Сырнева Т.А. // Вестник дерматологии и венерологии. - 2016. - № 4. - С. 39-41.

7. Об утверждении Порядка диспансеризации детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью: приказ Минздрава России от 11.04.2013 г. № 216н. Российская газета. 31.05.2013: № 116.

8. О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: Приказ Минздрава России от 15 февраля 2013 г. № 72н. Российская газета. 14.05.2013: № 100.

УДК 616-006.5

Алиасхабова Л.А., Шубина А.С., Бочкарев Ю.М.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВУСА БЕККЕРА
Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Aliaskhabova L.A., Shubina A.S., Bochkarev Y.M.
DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC OF BECKER'S NEVUS

Department of dermatovenerology and life safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russia

E-mail: lizadaraeva@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрен клинический случай пациента с невусом Беккера, дифференциальная диагностика по клинико-анамнестическим показателям. Произведен и представлен анализ различных литературных источников по данному вопросу.

Annotation. The article reviewed with a clinical case of a patient with a Becker's nevus, discusses the complexity of the differential diagnostic of this pathology by clinical and anamnestic indicators. Produced and presented an analysis of various literary sources of this subject.

Ключевые слова: Невус Беккера, пигментный волосяной невус, меланоз Беккера, синдром Беккера–Рейтера.

Keywords: Becker's nevus, pigmented hair nevus, Becker's melanosis, Becker-Reiter syndrome.

Введение

Невус Беккера – доброкачественное немеланоцитарное пигментное поражение кожи, с нечеткими границами, характеризующееся гиперпигментацией и часто гипертрихозом участка кожи, развивающееся в детском и подростковом возрасте. Впервые был описан американским дерматологом Самуэлем Уильямом Беккером в 1949 году у двух молодых людей с явлениями односторонней гиперпигментации и гипертрихоза [1,3,6,9,10].

Цель исследования – демонстрация клинического случая пациента 20 лет, особенности дифференциального диагноза.

Материалы и методы исследования

Проведен литературный обзор материалов отечественных и зарубежных исследователей, описывающих невус Беккера, с использованием поисковых систем РИНЦ, PubMed, Google, Scholar, Medline (всего 10 источников). Описано клиническое наблюдение.

Результаты исследования и их обсуждение

Невус Беккера (синдром Беккера–Рейтера, пигментный волосяной невус, меланоз Беккера) – доброкачественное немеланоцитарное поражение кожи с гиперпигментацией и гипертрихозом. Невус Беккера образуется в следствие избыточной выработки красящего пигмента меланина в клетках, но меланоциты, отвечающие за этот процесс, содержатся в обычном количестве, как и на участках здоровой кожи. Факторами, способствующими усилению выработки меланина и формированию гиперпигментации отдельных участков тела, являются: частое агрессивное воздействие ультрафиолетовых лучей;

физическое или химическое повреждение эпидермиса; стрессовые ситуации; частые депрессии и общее снижение иммунитета; наследственная предрасположенность [5, 9].

Невус Беккера может встречаться у людей любой расовой принадлежности, у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин. Некоторыми авторами описаны семейные случаи заболевания [2].

Ранее считалось, что заболевание имеет аутосомно-доминантный тип наследования, но позже был установлен гетерозиготный тип наследования, при котором происходит мутация на ранней стадии эмбриогенеза, что соответствует индивидуальным показателям гетерозиготного эмбриона [3, 6].

Клиническая картина невуса Беккера представлена желтовато-коричневым пятном, часто с гипертрихозом, которое возвышается над здоровой кожей и имеет бородавчатый вид. Образование склонно к постепенному росту. Рядом появляются мелкие пятна, сливающиеся с основным пятном. На фоне загара данное образование выделяется более темным цветом. Малигнизации невуса не наблюдается [1, 6, 7, 8, 10].

Диагноз ставится на основании клинической картины и анамнеза заболевания. В случае затруднений при постановке диагноза возможно проведение патоморфологического исследования, при котором наблюдается акантоз и гиперкератоз. Невусные клетки отсутствуют, количество меланоцитов не увеличено, содержание меланина в кератиноцитах базального слоя повышено. Редко - роговые кисты [4,10].

Дифференциальную диагностику проводят с отрубевидным лишаем, при котором отмечается схожая клиника, а именно гиперпигментация отдельных участков кожи, но невус Беккера сопровождается гипертрихозом. При отрубевидном лишае пациент может предъявлять жалобы на зуд, также можно провести пробу Бальцера и, в случае наличия грибковой флоры на коже, она будет положительная. Проба Бальцера (йодная проба) – это простой и эффективный метод, который применяется для диагностики такого заболевания, как разноцветный (отрубевидный) лишай и других сходных кожных патологий (рис. 2). Пораженные участки кожи – пятна, обладающие четкими границами, смазывают йодным раствором (3-5%). Роговой слой эпидермиса, разрыхленный грибом, впитывает йод быстрее, за счет чего очаги поражения окрашиваются намного интенсивнее, чем здоровая кожа. В результате отрубевидный лишай выделяется на фоне здоровой кожи темно-коричневой окраской.

Невус Беккера дифференцируют с синдромом Олбрайта-Мак-Кьюна-Штернберга - пятна различных размеров цвета кофе с молоком, существующие с рождения, окрашены равномерно и не имеют волос в очаге, с неправильными очертаниями, сливающиеся между собой и образующие фигуры в виде географической карты.

Лечение невуса Беккера не требуется. С целью устранения косметического дефекта производится лазеролечение или хирургическое иссечение с замещением тканями [10].

Клинический случай

Пациент: мужчина, 20 лет.

Anamnesis morbi: три года назад появилось пятно с гипертрихозом в грудной области слева. По месту жительства в поликлинику обращался к врачу-дерматовенерологу, был поставлен диагноз «Отрубевидный лишай», принимал лечение «Клотримазол» крем 1 раз в день, капсулы «Флуконазол» 150 мг перорально 1 раз в неделю №2 – без видимого эффекта. Далее обратился к врачу-косметологу, который направил в ГБУЗ СО СОКВД, где и был поставлен диагноз «Невус Беккера». Рекомендовано дальнейшее наблюдение у врача-дерматовенеролога без специфического лечения.

Status localis: На коже в области грудной клетки слева визуализируется очаг гиперпигментации в виде пятна неправильной формы, с нечеткими границами, не выступающее над поверхностью кожи, с ростом темно-коричневых волос в центре, размером около 50 см (рис. 1). В целях дифференциальной диагностики проедена проба Бальцера – отрицательная (рис. 2).



Рис. 1 – Невус Беккера



Рис. 2 – отрицательная проба Бальцера

Выводы

Невус Беккера является редко встречающейся патологией, поэтому повышение осведомленности дерматовенерологов, позволит своевременно диагностировать невус Беккера, проводить дифференциальную диагностику с

другими заболеваниями кожи и определять адекватную тактику ведения пациентов.

Список литературы

1. Базаев, В.Т. Гемангиома, симулировавшая невус Беккера / В.Т. Базаев, М.Б. Цебоева, Царуева М.С. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2015. - № 18(2). – С. 40-41.
2. Дерматовенерология: учебник / под ред. Е.В. Соколовского. — СПб.: СпецЛит, 2017. — 687 с.
3. Клиническая дерматовенерология. В 2 т.: рук. для врачей / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009 - Т.2. - 928 с.
4. Шамов, Б.А. Невус Беккера/ Б.А. Шамов // Дневник казанской медицинской школы. – 2014. - №1(IV). – С. 1-5.
5. Уфимцева М.А. Алгоритм оказания медико-профилактической помощи пациентам групп риска по развитию злокачественных опухолей кожи / Уфимцева М.А., Шубина А.С., Струин Н.Л., Петкау В.В., Емельянов Д.Е., Дорофеев А.В., Бочкарёв Ю.М. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2017. - Т. 61. № 5. - С. 257-262.
6. Bisht, Y.S. Becker's nevus / Y.S. Bish, R. Bhasin, E. Singhal // Medical journal, Armed Forces India. – 2017. – Vol. 1. – P. 89-91.
7. Lee, J.S. Becker's Nevus with Recurrent Eczema limited to the Nevus lesion / J.S. Lee, H.S. Park, H.S. Yoon, S. Cho // Ann Dermatol. – 2017. – Vol. 8 – P. 4-7
8. Hernandez-Quiceno, S. Becker's Nevus Syndrome in a Pediatric Female Patient / S. Hernandez-Quiceno, E. Uribe-Bojanini, M. Lopera-Cañaveral // Case Reports in Pediatric. - 2016. Vol. 2. – P. 13-15
9. Singh, S. Giant congenital Becker's Nevus overlying a plexiform neurofibroma: Merley a coincidence or more than it? / S. Singh, S. Khandpur, M. Rai, F. Ali // Indian J Dermatol Venerol Leprol. - 2017. – Vol. 4 – P. 16-21
10. Vihod, K.V. Becker's Nevus / K.V. Vihod // QJM an international journal of medicine. – 2015. – Vol. 9 – P. 5-9

УДК 616-003.92

**²Алферова А.А., ¹Сорокина К.Н., ²Блохина С.И.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ РУБЦОВЫХ
ДЕФОРМАЦИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ**

¹Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация
²ГАУЗ СО,
Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум»
Екатеринбург, Российская Федерация